

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 14 Mars 1900, à 1 heure

PAR

Gaston KELLE

Né à Besançon, le 5 Mars 1873.

Ex-Externe des Hôpitaux de Besançon

DU SOMMEIL

ET DE

SES ACCIDENTS

EN GÉNÉRAL ET EN PARTICULIER

Chez les Epileptiques et chez les Hystériques

Président : M. JOFFROY, professeur.

Juges : MM. PINARD, professeur.

WIDAL et LEPAGE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 14 Mars 1900, à 1 heure

PAR

Gaston KELLE

Né à Besançon, le 5 Mars 1873

Ex-Externe des Hôpitaux de Besançon

DU SOMMEIL

ET DE

SES ACCIDENTS

EN GÉNÉRAL ET EN PARTICULIER

Chez les Epileptiques et chez les Hystériques

Président : M. JOFFROY, professeur.

Juges : MM. PINARD, professeur.

WIDAL et LEPAGE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1900

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS		MM.
Anatomie.....		FARABEUF
Physiologie.....		CH. RICHET
Physique médicale.....		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	}	HUTINEL
		DEBOVE
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....		CORNIL
Histologie.....		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....		TERRIER
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET
Thérapeutique.....		LANDOUZY
Hygiène.....		PROUST
Médecine légale.....		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie..		N...
Pathologie expérimentale et comparée.....		CHANTEMESSE
		POTAIN
Clinique médicale.....	}	JACCOUD
		HAYEM
		DIEULAFOY
		GRANCHER
Maladies de enfants.....		
Clinique de pathologie mentale et des mala-		JOFFROY
dies de l'encéphale.....		FOURNIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.		BERGER
	}	DUPLAY
Clinique chirurgicale.....		LEDENTU
		TILLAX
Clinique ophtalmologique.....		PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires..		GUYON
	}	BUDIN
Clinique d'accouchement.....		PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUGLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MENÉTRIÉR	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARPIN	HARIMANN	ROGER	WALTER
CHAUVAN	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE, A MON PÈRE

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MON GRAND-PÈRE

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES MAÎTRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE .

MONSIEUR LE PROFESSEUR JOFFROY

Professeur de clinique des maladies mentales
Chevalier de la Légion d'honneur

Introduction

Une parole de M. le professeur Gilles de la Tourette éveilla un jour notre curiosité : « Les épileptiques dorment lourdement, les hystériques ont le sommeil très léger ». Il nous a paru intéressant d'étudier comment dorment les malades qui sont atteints de ces névroses.

Mais avant d'aborder notre sujet, il nous est un devoir bien doux à remplir. Au moment de terminer nos études et d'entrer dans notre carrière, ne devons-nous pas venir remercier ceux qui ont bien voulu s'occuper de nous ? Que notre famille reçoive nos plus vifs sentiments de reconnaissance pour tout ce qu'elle a bien voulu faire à notre égard.

Nos remerciements du reste, ne doivent pas s'arrêter là, nous les adressons aussi à nos maîtres. Ils furent constamment pour nous des exemples de bonté et de dévouement que nous nous efforcerons d'imiter.

A l'école de Médecine de Besançon nous avons commencé nos études et les noms de MM. les Doc-

teurs Boisson, Bolot, Prieur, Druhen, Heitz, Mandereau, Baigne, Coutenot, ne s'effaceront jamais de notre mémoire.

Les Docteurs Gauderon, Saillard et Chapoy nous prodiguèrent pendant notre temps d'internat leurs sages conseils. Nous les en remercions.

Tout spécialement nous nous adresserons à M. le Docteur Bruchon père, notre premier professeur d'Anatomie et à M. le Docteur Henry Bruchon, notre chef de clinique : Pendant une courte mais terrible maladie ils nous soignèrent avec le plus grand dévouement.

Nous n'oublierons pas non plus nos maîtres de Paris, bien qu'ayant passé un temps relativement restreint parmi eux. Excité par une curiosité bien naturelle nous choisissons le service Charcot à la Salpêtrière pour terminer notre stage hospitalier.

Nous y avons reçu un accueil des plus aimables qui nous a permis d'y étudier les maladies du système nerveux et de nous y intéresser.

Monsieur le professeur Raymond, pendant l'année que nous avons passé dans son service, nous prodigua ses excellentes leçons. Qu'il reçoive l'expression de notre reconnaissance.

Nous n'aurions garde de passer sous silence M. le Chef de Clinique Gasne dont l'amabilité a été sans borne pendant notre stage et pendant les recherches que nous avons faites pour notre thèse.

Enfin Monsieur le Professeur Joffroy aujourd'hui
a bien voulu accepter d'être notre président, nous
le remercions de l'honneur qu'il veut bien nous
faire.



Division du sujet

Le sommeil des névrosés étant un sommeil qui présente des différences avec le sommeil ordinaire, il est nécessaire avant de traiter la question d'étudier ce qu'est le sommeil, comment dort l'homme sain. A côté de cette étude, une étude obligatoire s'ajoute c'est celle des accidents du sommeil. Les rêves, les cauchemars, le somnambulisme. Et comme nous aurons souvent à rencontrer l'insomnie chez les névrosés, nous parlerons aussi de cet état.

Connaissant le sommeil de l'adulte en bonne santé, les accidents qui peuvent survenir pendant le sommeil chez le malade, nous aborderons la question du sommeil chez les hystériques et les épileptiques. Cette question nous la verrons en deux parties :

Comment dorment les malades atteints de névroses avant d'être marqué des stigmates indélébiles de leur névrose et après l'apparition de ces stigmates.

Première Partie

1° *Du sommeil*

De tout temps on s'est occupé du sommeil, les auteurs les plus reculés ont fait des théories, ont imaginé des explications capables de rendre compte de ce qu'est cet acte physiologique. Les Grecs, avec Aristote, paraissent être les premiers qui aient cherché à éclaircir cette question. Les Latins, marchant sur les traces des Grecs, ont repris la suite de leurs recherches, dans l'ouvrage « *De Somno et Vigilia* » le sommeil est considéré comme « un besoin de repos. »

Passant rapidement sur les auteurs qui ont écrit sur ce sujet, arrivons à notre siècle. Bichat, en 1800, dans son traité : « *Recherches sur la vie et la mort* », s'exprime ainsi : « Le sommeil est une intermittence d'actions successives ou simultanées des organes des sens autant que du cerveau. »

Pendant que nous dormons notre corps se repose,

mais à côté de ce repos nous devons noter aussi « une suspension des impressions extérieures, un arrêt d'élaboration cérébrale, une cessation des mouvements volontaires. » Le sommeil est l'abolition de la coordination normale des fonctions de relation, des fonctions de l'état de veille.

Cette abolition est impérieuse. On ne peut lutter sans difficulté contre le sommeil. Un besoin de repos se fait sentir après les grandes fatigues, on ne résiste pas à ce besoin. Pendant les campagnes de longues durées, il n'est pas rare de voir des hommes s'endormir à côté des pièces de canon, pendant que celles-ci tirent. Des témoins dignes de foi nous ont rapporté ce fait qu'ils ont pu voir se renouveler plusieurs fois pendant la campagne de Crimée : durant les 2 ans de siège autour de Sébastopol, exténués, souvent privés de nourriture, les soldats s'endormaient dans les tranchées pendant le feu. La fatigue physique domptait la crainte même : le sommeil était le plus fort. Les fatigues intellectuelles ont une action tout aussi violente. MM. Markham, Skeritt et J. Steward rapportent un cas de sommeil pendant un nombre de jours considérable : 150 jours. Il s'agissait d'un jeune homme de 18 ans, fils d'un médecin, ayant subi une période de surmenage en vue de la préparation d'un examen.

Le sommeil n'est que rarement aussi long : on trouve dans la littérature médicale dix-huit cas de

ces sommeils prolongés, huit guérissent complètement, quatre moururent pendant leur sommeil. (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*). Ils nous faut plutôt considérer ces sommeils de longue durée comme des faits pathologiques que comme des exceptions à la durée moyenne du sommeil, que celui-ci soit provoqué par une fatigue physique, qu'il soit engendré par un surmenage intellectuel.

Donner une idée de la longueur ordinaire du sommeil est vraiment difficile. Certaines personnes ont besoin de plus de repos que d'autres, et par une sorte d'entraînement, on arrive à dormir un nombre d'heures assez restreint. Quelques chiffres cependant paraissent être admis : L'adulte a besoin quotidiennement de 7 heures de sommeil. Le vieillard a le sommeil plus léger et d'une durée moins longue, 5 à 6 heures lui suffisent. Quant à l'enfant, le repos qui lui est nécessaire varie avec l'âge. Chacun sait que le nouveau-né dort presque toute la journée et que l'enfant âgé de 7 à 8 ans a besoin au moins de 10 heures de sommeil.

Ces chiffres ne sont que des moyennes approximatives, il faut tenir compte de la fatigue supportée par l'organisme, par les fonctions intellectuelles pour pouvoir déterminer le chiffre d'heures de sommeil qui convient à chacun. Il en est de même pour la rapidité avec laquelle on s'endort, mais toutefois

il ne faudrait pas donner comme règle absolument sans exception que toute fatigue engendre un sommeil prompt.

Le système nerveux est parfois dans un tel état d'irritabilité, principalement après les fatigues intellectuelles, que l'homme ne peut s'endormir. De plus chacun sait combien à l'état normal le sommeil vient lentement si l'esprit se met à travailler au moment de s'endormir. Les idées viennent coup sur coup, elle se présentent à notre esprit en masse et le repos attendu n'arrive que très doucement. Une légère fatigue, une digestion bien faite, un esprit calme sont nécessaires pour voir arriver le sommeil normalement. Il est cependant à constater que le sommeil survenant après les fatigues est beaucoup plus lourd que celui survenant sans que l'organisme ait besoin d'un grand repos. Nous ne signalerons que pour mémoire ces cas de sommeil subit dans lesquels les fonctions de la veille disparaissent ensemble pour un temps plus ou moins long. Ces cas sont autant pathologiques que ceux de sommeil prolongé.

2. — *Des degrés du sommeil.*

A part ces cas de sommeil subit que nous venons de rappeler, le sommeil ne devient pas profond d'un seul coup. On ne s'endort pas ordinairement sans passer par une série d'états physiologiques, le som-

meil d'autre part n'est pas aussi profond au commencement qu'à la fin, on ne se réveille pas en général en plein sommeil, si ce n'est dans certains cas que nous étudierons.

Le sommeil s'établit peu à peu chez l'homme fatigué. Les paupières sont lourdes, se ferment presque d'elles-mêmes. Une sorte de barre ou plutôt une sorte de cercle de fer vous ceint la tête, et petit à petit, les sens disparaissent. Marvaud nous donne un tableau de la disparition de ceux-ci. C'est d'abord la vue, celle-ci se trouble et s'affaiblit, les paupières sont closes. Le tact ensuite s'émousse, puis le goût s'engourdit ainsi que l'odorat, enfin l'ouïe disparaît.

Pendant la perte successive de ses sens, le dormeur est sous le coup de certaines hallucinations que Baillarger a décrites sous le nom d'« hallucinations hypnagogiques » : « Les organes des sens cessant de nous transmettre les impressions extérieures, la direction de nos idées nous échappe et tout ce qui surgit apparaît spontanément : tantôt vagues et confuses, des formes fantastiques se succèdent, nous en avons demi-conscience ; tantôt des formes plus nettes s'accusent et nous assistons à un spectacle étrange auquel nous ne prenons pas part, mais qui laisse une trace dans nos esprits. Toute intervention extérieure fait évanouir ces visions. Un bruit soudain, l'action de la lumière réveillent les sens, appellent l'attention et tout s'efface. »

Cette période d'hallucination, cessant à la disparition complète des sens, est suivie par une période de repos complet.

Pendant celle-ci, les mouvements réflexes disparaissent *presqu'*entièrement, exception faite naturellement pour ceux qui président à la respiration, à la circulation, à la digestion. La tonicité des muscles de la vie de relation a disparu avec les sens, le bras soulevé retombe lourdement. La durée de ce sommeil complet est proportionnelle, comme la durée de tous les degrés de sommeil, à la somme de travail, d'efforts accomplis pendant la veille.

Un sommeil plus faible succède à ce sommeil profond. Les réflexes alors réapparaissent ; le chatouillement des pieds amène le retrait du membre inférieur par la flexion de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin, la piqure d'un insecte amène un mouvement de déplacement. Et cela bien que les sens soient encore émoussés. C'est à ce moment que se produisent les rêves dont nous parlerons plus tard.

Enfin le retour à l'état de veille suit cette période. Il se fait d'une façon progressive et cette progression suit une marche inverse à celle suivie par le passage de l'état de veille au sommeil. Chaque sens se réveille tour à tour. On n'est plus insensible à ce qui se passe autour de soi, un bruit, une douleur

causé par quoique ce soit vous réveille définitivement.

Si le réveil ne se fait pas aussi brusquement, une sorte de rêvasserie vous envahit d'abord « on se sent dormir », puis les yeux s'ouvrent, la pleine conscience reparait peu à peu, le brouillard qui obscurcit notre intelligence se dissipe; notre pensée, sous le coup encore des rêves que nous avons pu faire, se reprend elle-même; qui en effet à son réveil n'a pas été surpris de se retrouver dans sa chambre alors que par la pensée il se croyait à un autre endroit? Ce n'est pas tout d'un coup que ces illusions ont disparu, le réveil complet a été nécessaire pour cela.

3.— *Des phénomènes physiologiques qui s'observent pendant le sommeil.*

Bien que notre étude soit plus particulièrement une étude clinique qu'une étude de laboratoire, nous devons cependant dire quelques mots des phénomènes physiologiques qui s'accomplissent pendant le sommeil :

Le sommeil étant un repos général de l'organisme, lorsque celui-ci sera sain, pendant que nous dormirons, les fonctions physiologiques ou cesseront d'agir ou suivront un cours régulier, plus régulier qu'à l'état de veille. Pendant le sommeil profond :

1° L'activité cérébrale consciente, sensitive, psychique et volontaire est complètement suspendue ;

2° Il en est de même de l'activité automatique des centres pour les mouvements d'ensemble (locomotion, équilibration) qui est abolie ;

3° L'excitabilité réflexe et le tonus musculaire sont fortement diminués ;

4° Le ralentissement du cœur, de la respiration, des sécrétions, des mouvements de l'estomac et de l'intestin, en un mot les actes physiologiques auxquels président les centres automatiques essentiels, organiques, se régularisent, prouvant ainsi le repos périodique de ces centres.

Pendant le sommeil, la circulation se ralentit, le nombre de pulsations est moindre qu'à l'état de veille. Le rôle du cours du sang a été regardé pendant longtemps comme la cause même du sommeil. Tandis que les uns, soutenaient que le sommeil était produit par un afflux de sang plus considérable du côté du cerveau, par une congestion de cet organe, d'autres au contraire, regardaient le sommeil comme une suite, un effet de l'anémie cérébrale. Nous ne nous étendrons pas sur cette discussion ; nous avons vu quelle était la cause du sommeil. Nous ne ferons que constater que pendant que l'homme dort, il y a anémie des centres nerveux. Les observations pléthysmographiques de Salathé et Franck, de Mosso, faites chez l'homme dans des cas de perte de subs-

tance de la voûte du crâne, l'observation directe chez les animaux, ont montré que, pendant le sommeil, il y a réellement anémie.

La respiration, comme la circulation, devient, nous l'avons vu, plus régulière, d'après les observations de Pettenkofer et Voit, le volume d'oxygène absorbé est supérieur à celui de l'acide carbonique exhalé. Les expériences de Scharling ont permis d'établir que l'on peut évaluer à $1/4$ la diminution de l'activité respiratoire pendant le sommeil.

Par le fait même que l'organisme est en état de repos, que les causes de la désassimilation ont diminué, l'assimilation prédomine, la chaleur animale diminue.

Pour rendre à peu près complète cette courte étude du sommeil, nous ne ferons que mentionner les recherches histologiques et l'explication qui en a été donnée.

M. Pupin, dans sa thèse inaugurale, fait du sommeil une question histologique basée sur la théorie du neurone ; ses conclusions sont les suivantes ; il ne nous appartient pas de les discuter ici :

Après avoir étudié le neurone et les rapports de contiguité et non de continuité que les neurones ont entre eux, il fait du sommeil l'état de repos, l'immobilisation des ramifications des neurones. Autant d'espèces de sommeils que d'espèces de neurones. Le sommeil d'ensemble consiste probablement dans

l'immobilité ou la rétraction au niveau des zones d'articulation entre les neurones sensitifs périphériques et les neurones sensitifs centraux. On peut comparer le sommeil des neurones à l'asphyxie des leucocytes, asphyxie qui cesse dès que se produit l'arrivée de l'oxygène et le départ de l'acide carbonique.



II

Des accidents du sommeil.

1°. — *Du rêve.*

Nous avons vu que dans la troisième période du sommeil, celle qui est placée entre la période de sommeil profond et la période du réveil, ou plutôt la période qui termine le sommeil même, y compris la période du réveil, l'homme rêve.

Qu'est-ce que le rêve ? C'est une image plus ou moins nette, c'est un ensemble d'images plus ou moins confuses qui viennent frapper notre imagination pendant le sommeil. La réviviscence d'images jadis perçues produit d'autres images, celles-ci s'enchaînent avec une précision plus ou moins grande, se combinent.

Les rêves, autant que la force de ces rêves, sont sous la dépendance d'actes en dehors de notre volonté et qui sont d'ordres physiologiques parfois. Un fait,

une pensée a plus ou moins frappé notre esprit pendant la veille, ce fait, cette pensée se présenteront encore à notre esprit pendant le sommeil et revêtiront une forme plus ou moins nette, suivant l'importance que nous leur aurons donnée à l'état de veille. L'imagination vient encore greffer autour de ces images des images complémentaires, images parfois invraisemblables, d'autrefois pleines de bon sens. Une sorte d'intelligence que nous devons rapporter à la richesse, à la fécondité de notre imagination, préside parfois nos rêves (1). Le mathématicien résout en rêvant des problèmes dont il avait renoncé à trouver la solution à l'état de veille. Cela est rare, avouons-le, mais cela peut servir à prouver combien les images, les pensées de nos rêves, s'il nous est permis de nous exprimer ainsi, sont pour ainsi dire l'acte de notre imagination.

Les rêves peuvent être en rapport avec l'état des viscères ; ils peuvent alors être une source de renseignements pour le médecin. Les fonctions de l'organisme ont une grande influence sur la force de nos rêves, suivant que ces fonctions s'accomplissent plus ou moins laborieusement : une digestion laborieuse, une entrave dans la circulation causée par une mauvaise position du dormeur, sont pour lui

(1) Un chant de la *Henriade* fut composé par Voltaire pendant son sommeil. Tartini fit la sonate du *Diable*. Burdach, plusieurs découvertes scientifiques.

une cause de rêves pénibles, et une douleur éveille parfois le rêve d'une douleur.

Si notre corps a une action sur nos rêves, nos rêves eux-mêmes peuvent produire des réflexes. C'est ainsi que l'on parle, gesticule en rêvant. Les réflexes peuvent agir sur les fonctions physiologiques de notre organisme ; les érections, les éjaculations nocturnes sont le résultat d'un rêve érotique : « Ce sont des actes physiologiques dont l'accomplissement involontaire peut être l'effet d'une imagination fortement frappée pendant la veille ou d'une excitation directe des organes génitaux ».

Certaines personnes, phénomènes curieux, ont des érections, des éjaculations nocturnes à la suite de rêves érotiques lorsqu'elles s'endorment dans une certaine position. Nous avons pu remarquer que la position influant le plus sur les rêves érotiques et sur les réflexes, qui en sont en quelque sorte le résultat, est la position dorsale.

Pour ce qui est de la durée des événements que nous rêvons, un rêve peut embrasser les événements d'une très longue durée, pendant un sommeil de quelques minutes. On fait facilement pendant un quart d'heure de sommeil un rêve nous représentant un voyage qui demanderait au moins deux jours pour être accompli.

Il importe de ne pas s'arrêter plus longtemps sur le phénomène du rêve, sur cet accident banal du

sommeil. Il n'est, nous le verrons, que le principe, l'ébauche d'accidents plus graves.

2° — *Du cauchemar*

Les rêves, avons-nous vu, sont sous la dépendance des différentes fonctions de l'organisme. Or, que ces fonctions soient tellement entravées que les rêves deviennent alors terribles, nous ressentons les cauchemars: Une gêne de la circulation ou de la respiration par exemple, suite de la compression du cou ou du côté gauche du thorax, est perçue comme une douleur violente, donnant des idées de mort ou de blessures, provoquant des cris ou des mouvements des membres correspondant à ces idées ainsi que des mouvements respiratoires.

En général le cauchemar se produit comme les rêves pendant la période qui suit le sommeil complet, l'explication physiologique que nous avons essayé d'en donner est différente de celle des anciens. Pour ces derniers, des esprits obsédaient le dormeur, et ces esprits de sexes différents portaient les noms d'*incubes* ou de *succubes* suivant qu'ils étaient esprits masculins ou féminins. Cette explication ancienne se comprend jusqu'à un certain point, si on se rapporte à l'époque où elle était donnée, si en même temps on analyse ce qui se passe pendant un cauchemar. Igno-

rant les principes de la physiologie, les anciens plaçaient comme acteur de toutes choses extraordinaires et particulièrement effrayantes une divinité. Or chacun sait combien les rêves sont parfois terrifiants. Ce sentiment d'un poids incommode sur la région épigastrique, pendant le sommeil, avec incapacité de se mouvoir, de parler, de respirer, cet état qui finit par un réveil en sursaut après une anxiété extrême, étaient bien propre à frapper l'esprit déjà terrorisé de nos pères.

Le fait qui a toujours stupéfié l'individu atteint de cauchemar est certainement l'état d'infériorité dans lequel il se trouve pour résister à cette sorte d'attaque imaginaire, à l'image redoutable et suffoquante qui se dresse devant l'imagination. Le réveil brusque qui vient vous délivrer paraît survenir après une longue période de souffrance. Bien que semblant très long, le cauchemar est court.

La multiplicité des impressions perçues nous fait croire à la longueur de l'accès. Pendant le sommeil nous perdons la notion du temps, à notre réveil subit nous jugeons le temps au nombre de détails qui ont laissé une trace dans notre esprit, au malaise plus ou moins profond que nous ressentons.

Tout se passe en quelques minutes et bien souvent un sommeil calme suivra le réveil brusque de ce rêve terrible, sommeil pendant lequel nos rêves reprendront leur cours habituel.

Le cauchemar est un rêve, nous venons de le voir, mais un rêve ayant un caractère pathologique, il est produit non seulement par un arrêt plus ou moins grand des fonctions de l'organisme, mais il est encore l'effet d'affections morales tristes, d'une grande contention d'esprit, de toute émotion qui a exalté la sensibilité cérébrale. Nous ne serons donc pas étonnés de le rencontrer chez les névrosés.

Avec cet accident du sommeil, nous pénétrons pour ainsi dire dans la pathologie du sommeil. Tandis que chaque jour nous rêvons, nous ne ressentons, nous n'avons des cauchemars que lorsqu'un point de notre organisme est sérieusement atteint. Ce n'est pas en effet pour un motif léger que l'on a des cauchemars, nous les rencontrons comme prodromes d'affections graves et comme signes souvent de dégénérescence cérébrale. Si de temps en temps nous éprouvons pendant notre sommeil de ces accès d'oppressions au cours desquels des images invraisemblables et écrasantes se présentent devant nous, il nous a été facile de remarquer que quelque chose d'anormal se passait soit dans notre organisme ou que quelques ennuis sérieux nous avaient préoccupés. Les cauchemars peu fréquents sont légers en général, nous savons combien ils deviennent terribles surtout s'ils sont les prodromes d'une affection grave. Leur intensité bien souvent n'est pas en rapport avec la gravité des affections dont ils sont les précu-

seurs, cela nous le verrons en nous occupant des hystériques et des épileptiques, mais alors dans ce cas particulier nous pourrions remarquer que leur fréquence remplace leur intensité : s'ils ne sont pas alors « l'asthme nocturne » de quelques auteurs, leur répétition a un caractère tellement spécial que l'on ne peut la nier comme un prodrome de grande névrose.

3° -- *Du Somnambulisme.*

En rêvant nous parlons quelquefois, nous gesticulons même, cela nous l'avons déjà remarqué à propos du rêve, or ces sortes d'actions ne s'arrêtent pas là. Certaines personnes pendant leur sommeil agissent comme à l'état de veille. Les actes dont on a contracté l'habitude sont le plus souvent répétés. C'est ainsi que les ménagères tout en dormant font leur ménage et qu'au milieu de la nuit en plein sommeil certaines personnes vont et viennent au milieu d'obstacles qu'elles sont habituées à rencontrer. Un rêve préside à ces actes, c'est sous l'action d'images qu'agissent les somnambules. Mais le rêve somnambulique diffère surtout du rêve ordinaire en ce que le rêveur se souvient à son réveil de ses rêves tandis que le somnambule ne se souvient plus à l'état de veille des pérégrinations souvent longues et péril-

leuses qu'il a pu faire, des actes souvent complexes qu'il a accomplis : tel que prendre dans un endroit connu une cruche, descendre la remplir d'eau à la fontaine d'une cour et remonter ensuite la cruche. Les exemples d'actes de somnambulisme sont trop fréquents, trop nombreux, pour que nous en citions ici, nous en verrons du reste lorsque nous étudierons le sommeil chez les névrosés.

Le rêve somnambulique se montre immédiatement à la fin du sommeil profond, il ne se présente pas, comme le rêve ordinaire, peu de temps avant le réveil. Le caractère tout personnel des actes des somnambules révèle la profession qu'occupent les dormeurs. Dans ces actes toutes les préoccupations habituelles normales, comme vicieuses, déraisonnables même parfois, sont mises en action.

La grosse discussion qui touche au somnambulisme est certainement la question de la vision : le somnambule y voit-il ?

Laissant de côté toutes controverses, disons seulement que la question semble être résolue par cela : le somnambule y voit, mais il voit seulement ce que son idée lui fait voir. Il y voit pour exécuter une action, celle qu'il rêve.

Il marche les yeux ouverts, les pupilles dilatées : telle la Lady Macbeth, de Schakespeare « marchant les yeux ouverts, le regard fixe et ne voyant rien que l'image de son crime, bien qu'un flambeau brille à

côté d'elle. » Parfois les yeux du somnambule sont fermés pendant son acte, mais sensibles à la lumière, d'après M. Despine, les pupilles sont alors contractées et de moyenne grandeur.

Le sommeil profond dans lequel est plongé le somnambule, peut cependant être troublé, on peut réveiller le dormeur atteint d'actes de somnambulisme. Le réveil est alors brusque, c'est en sursaut que pendant qu'il agit le somnambule passe du sommeil à l'état de veille, il tressaille, regarde avec étonnement autour de lui et court grand risque de tomber s'il se trouve dans une situation périlleuse : pendant son accès il ne voyait que le but à atteindre et possédait un des caractères du sommeil somnambulique ; la délicatesse du tact et du sens musculaire. Réveillé, il aperçoit les dangers qui existaient réellement pour lui pendant l'accomplissement de son acte et recouvre sa pleine conscience, il est dans la situation d'un individu sensible au vertige qui se promènerait au bord d'un précipice dont la profondeur lui serait cachée par un écran. Ignorant la présence de cet écran et marchant en sûreté, il tombera certainement dans le gouffre si l'écran est subitement retiré. De plus, le somnambule réveillé éprouve une sensation de fatigue, une sorte de pesanteur, semblable à ce que ressent la personne qui vient d'être réveillée après avoir été hypnotisée. Le som-

nambulisme naturel touche au somnambulisme artificiel.

Tandis que tout le monde peut avoir des rêves, des cauchemars, tout le monde n'est pas somnambule, le somnambulisme n'est plus du domaine commun, c'est un accident du sommeil, mais un accident du domaine entièrement pathologique encore plus pathologique que le rêve ; il relève d'affection propre à certaine nature, à celle que l'affection nerveuse menace. Prodrôme beaucoup plus puissant que le rêve, il n'est pas affection nerveuse lui-même, il en est en quelque sorte un des cachets. Aussi rencontrerons-nous en étudiant les accidents du sommeil chez les névrosés, cette sorte de rêve, bien avant même que les grandes crises se soient produites. N'est pas somnambule qui veut, n'est pas névrosé qui veut.

4. — *De l'Insomnie*

En dehors du sommeil et de ses principaux accidents, nous devons dire quelques mots de l'Insomnie que nous rencontrerons dans l'étude du sommeil des névrosés.— L'Insomnie, appelée aussi *Agrypnie*, est la privation complète ou incomplète du sommeil soit à l'état physiologique soit à l'état pathologique.

Les causes de cet état particulier relèvent, à

proprement parler, de la cause physiologique du sommeil : Ce dernier nous saisit, avons-nous dit, lorsque le système nerveux fatigué, lorsque le corps après un labeur constant ont besoin de repos. Qu'une excitation agisse sur les centres nerveux et leur dépendance, l'insomnie survient.

Nous la retrouvons dans les affections aiguës et chroniques, et particulièrement chez celles qui s'adressent spécialement au système nerveux : Sans être un symptôme, c'est un signe d'une importance certaine. Les substances, excitantes telles que le thé, le café, surtout lorsque l'organisme n'est pas accoutumé à ces substances, empêchent de dormir. Les professions consistant en un travail cérébral prolongé d'où résulte une excitabilité particulière sont encore des causes d'insomnie, nous avons déjà signalé ces sortes de fatigues qui, loin d'être sources de sommeil, sont parfois causes d'insomnie. Les veilles ne sont pas aussi sans action sur la privation de repos. Marvaud, dans sa monographie, considère les causes déterminantes de l'agrypnie comme des excitations dont les unes ont leur origine dans les centres nerveux eux-mêmes, tandis que les autres proviennent d'impressions périphériques transmises par les nerfs, dont les dernières enfin sont apportées au cerveau par l'intermédiaire du sang modifié.

Comme excitation d'origine cérébrale, il est à peine besoin d'indiquer ici la méningite, l'encépha-

lite, la période de début des tumeurs cérébrales, la dégénérescence plus ou moins héréditaire (hystériques, épileptiques avant et après le commencement de leurs crises, etc.). L'hypérhémie cérébrale et par conséquent les causes de cette hypérhémie: chlorose, anémie, inanition produisent aussi l'insomnie.

A cette catégorie ne devons-nous pas rattacher l'insomnie produite par les idées fixes : L'idée de la mort empêche ceux que cette idée poursuit de dormir. Un fait assez intéressant nous a été rapporté par notre maître, M. le chef de clinique Gasne : une jeune femme ayant subi l'opération de l'hystérectomie par voie vaginale, devient la maîtresse d'un homme qui l'adore et veut l'épouser, mais il ignore l'opération et désire avoir des enfants : idée fixe de la femme : ennuis de tromper et de laisser croire à l'homme qui l'aime qu'elle pourra encore avoir des enfants, crainte qu'il ne découvre sa supercherie et de là insomnie.

Comme excitation d'origine périphérique, la douleur doit être citée en premier lieu et par cela même les irritations de la peau produites tant par les affections cutanées que par les parasites. La chaleur peut être comprise dans ces excitations, un lit trop chaud provoque l'insomnie en amenant l'hypérhémie de la peau en même temps qu'une augmentation de la circulation générale et par cela même l'activité des centres nerveux.

Comme excitation apportée au cerveau par le sang, il nous suffit de rappeler l'action de l'alcool, du thé, du café, en même temps que celle des pyrexies et des affections microbiennes.

L'action de l'insomnie dans l'organisme se conçoit aisément, elle suspend non seulement la réparation mais encore elle augmente les pertes, car l'activité nerveuse a une grande influence sur la nutrition. Les personnes sujettes aux insomnies maigrissent en effet, elles subissent un affaiblissement général et cet affaiblissement semble agir peut-être encore plus sur leur état psychique que sur leur état physique. Leur caractère devient irritable, elles s'émotionnent facilement, deviennent hypocondriaques et souvent encore elles augmentent leur dégénérescence par la masturbation, moyen par lequel elles croient trouver le repos, le sommeil ou bien s'adonnent aux substances narcotiques, telles que l'opium.

Nous venons de parler de la masturbation, cet acte n'est pas sans intéresser le sommeil. Nous avons eu l'occasion d'examiner un certain nombre de masturbateurs, hommes déjà d'un certain âge et capables d'analyser leurs sensations, ce qu'ils nous ont rapporté suffit amplement pour nous donner une idée des rapports du sommeil et de la masturbation. L'un d'eux, arrivé à un degré avancé de déchéance physique et morale, nous disait qu'après s'être masturbé le sommeil le prenait instantanément, s'il

n'avait pas son esprit tourmenté par quelque idée, s'il s'abandonnait immédiatement au sommeil. Mais qu'au contraire, s'il faisait la moindre résistance pour sortir de l'état « d'aplatissement » dans lequel il était, si une idée, une préoccupation quelconque le faisait sortir de cet état, loin de s'endormir ensuite facilement, une longue insomnie le saisissait, insomnie se terminant par un sommeil très lourd, comparable à celui de l'épileptique.

Pour nous l'explication de ce phénomène serait la suivante :

L'individu qui se masturbe, ordinairement invoque des images lubriques, des pensées obscènes se pressent devant son esprit, il s'excite, et cette excitation de tout l'organisme nécessaire à provoquer l'acte vénérien, cesse subitement après cet acte, de là le sommeil subit, l'aplatissement ; qu'au contraire le malade ne profite pas de cet instant d'aplatissement, cette excitation nerveuse disparaissant pendant un instant reprendra avec une certaine force, force encore suffisante, capable de provoquer l'insomnie. Quant à ce sommeil lourd qui suivra l'insomnie de la masturbation, il est dû à la fatigue cérébrale qui causera chez un individu même sain des désordres, le faisant ressembler momentanément au dégénéré, à l'épileptique.

Quoiqu'il en soit, l'individu agité qui cherchera dans la masturbation ce repos tourne dans un cercle

vicieux, la plupart du temps le repos ne viendra pas pour lui comme il s'y attendait et l'insomnie continuera !

Si l'insomnie paraît être, comme nous l'avons signalé, un signe d'une importance relative en lui-même, son action prolongée doit donc être regardée dans les maladies comme un pronostic fâcheux et chez l'homme qui paraît en bonne santé comme un indice d'affections qui pourraient devenir graves, ou comme la source d'affections secondaires parfois terribles.



III

Du sommeil et de ses accidents chez les épileptiques et chez les hystériques ne présentant pas encore des stigmates indiscutables d'épilepsie, d'hystérie.

En examinant un certain nombre d'observations d'hystériques et d'épileptiques, une chose frappe avant tout le lecteur : ce sont les antécédents. Les névrosés en effet, et particulièrement les hystériques, ont une hérédité très lourde pour la plupart : c'est une mère morte dans une maison de santé, un père alcoolique, de grands parents ayant été atteints soit de crises épileptiques, soit de crises hystériques. On ne devient pas nerveux à proprement parler, on naît nerveux. Le terrain est préparé, la moindre semence portera des fruits. Que ce soit une peine, un accident, des soins négligés. « La cause provocatrice n'est rien ou presque rien ; le terrain, c'est-à-dire la tare névropathique, est tout. »

Il nous a paru intéressant de rechercher si

l'on ne trouvait pas dans le sommeil des jeunes dégénérés, de ceux que la tare névropathique a touchés, des traces de cette dégénérescence, de cette tare avant même l'apparition des accidents.

Nous avons déjà pu voir que l'homme vraiment sain est déjà sujet pendant son sommeil au rêve, au cauchemar même, à plus forte raison devons nous trouver chez ceux dont le système nerveux est déjà touché des accidents encore plus violents.

Convulsions. — Et en effet, l'interrogatoire d'un certain nombre de parents ayant des enfants entachés d'hérédité nerveuse nous montre le sommeil de ces derniers entrecoupés de *convulsions*. Les traits de l'enfant subissent une sorte de transformation, les membres sont comme contracturés, puis rapidement, comme sous le coup d'une secousse électrique, la contracture cesse.

Bien souvent, cela est certain, ces convulsions sont l'effet de la dentition, de vers intestinaux, mais parfois aussi on peut les remarquer et cela sans que des accidents pathologiques évidents, ou physiologiques, puissent en fournir une étiologie.

A la convulsion ne s'arrête pas les accidents de ces enfants dégénérés, d'autres accidents encore les menacent et semblent souvent faire suite aux convulsions.

Terreurs nocturnes. — Nous voulons parler des terreurs nocturnes.

Étudiées tout d'abord par West dans ses cliniques, celles-ci furent ensuite l'objet de recherches de la part de Picot, Comby, Jules Simon, M. Debacker dans sa thèse en 1881 fit un travail d'ensemble sur la question.

L'étiologie de ces terreurs est vaste, les soins, la dentition, la mauvaise hygiène morale, les contes effrayants, l'alcoolisme des parents, l'hérédité épileptique et hystérique en particulier, sont des causes de terreurs nocturnes chez l'enfant.

Nous les rencontrons en effet chez les épileptiques et chez les hystériques, et nous avons eu la chance pendant nos études d'en observer un cas où le terrain nerveux avait semblé être préparé à souhait.

OBSERVATION I

Louis B..., 46 ans, épileptique avéré. Constitution paraissant forte, a depuis 2 ans des attaques.

Le père de l'enfant est mort présentant des accidents d'alcoolisme prononcés : gros foie, tremblement des mains, artério sclérose (cercle cornéen, artères en tuyau de pipe, claudication intermittente, ect.). La mère épileptique, alcoolique et syphilitique meurt à la suite de crises. Nous avons pu interroger le père et la mère de l'enfant, malades tous

les deux dans le même hôpital. D'après eux, l'enfant aurait eu dans sa plus tendre enfance des convulsions, puis à l'âge de 4 à 5 ans, les convulsions qui paraissaient pendant le sommeil auraient été remplacées par des terreurs nocturnes. Après s'être endormi tranquillement, 3 ou 4 heures après le commencement du sommeil, l'enfant se dressait sur son lit, le regard fixe, les yeux étant ouverts. Il paraissait regarder un objet lui causant une grande frayeur ; la figure était bouleversée, et il articulait des mots parmi lesquels ceux de « chats et de figures, » revenaient le plus souvent. Et chaque fois que ces crises le prenaient, les mêmes mots étaient prononcés. Sa mère qui assistait à ces scènes lui parlait mais en vain, il ne la reconnaissait pas et se jetait cependant contre elle, cherchant dans ses bras un refuge contre l'animal imaginaire, le chat, qui devait lui sauter à la figure. Le tout durait 5 à 6 minutes puis l'enfant se rendormait très calme. Ces terreurs lui durèrent plusieurs mois, jamais au souvenir des parents l'enfant n'urina sous lui pendant ces accès de frayeur.

Cette observation peut donner une idée de ce que sont les terreurs nocturnes, ce n'était certes pas l'attaque épileptique constituée ; pas de convulsion, pas de morsure à la langue, ni d'émission d'urine, pas de fatigue au réveil. Tels sont les caractères de ces accidents du sommeil. Ils sont vraiment le résultat de l'hérédité dans notre observation et ils étaient même le pronostic de l'affection qui devait plus tard surprendre l'enfant.

M. Jules Simon a vu en effet plusieurs fois l'épilepsie se manifester au début sous forme de terreurs nocturnes. Il cite un petit malade chez lequel de grands accès d'épilepsie ont succédé à des crises de terreurs nocturnes. Debacker a observé un cas analogue où les accidents se succédèrent de la façon suivante : terreurs nocturnes au début, hallucinations et cauchemars, somnambulisme ? et épilepsie nettement constituée.

La présence de terreurs nocturnes chez les enfants doit donc amener de la part du médecin une enquête toute particulière sur l'hérédité, sur les accidents pathologiques ou physiologiques qui existent en même temps que les frayeurs, et surtout quelques réserves doivent être formulées pour l'avenir.

Comme l'avait remarqué Debacker, les terreurs nocturnes sont en effet, après les convulsions, les premières révélations des névroses, à leur suite viennent les cauchemars, les hallucinations, ces accidents succèdent immédiatement à la disparition des frayeurs nocturnes. Un certain temps s'écoule parfois entre la disparition de l'un de ces phénomènes et l'apparition de l'autre : Un mois, un an parfois. Pendant cet espace de temps, le jeune dégénéré ne s'effraye plus la nuit et son sommeil n'est pas troublé par les cauchemars, il n'en n'est pas plus tranquille, des rêves nombreux le troublent et il n'est pas rare de voir ces rêves être le sujet de convulsions.

Il faut croire d'après ces faits, que l'imagination de l'enfant, ou plutôt que l'esprit de l'enfant semble s'accoutumer à ce qui lui causait tout d'abord de l'effroi ; en grandissant, il s'aguerrit et les frayeurs nocturnes deviennent pour lui des rêves, rêves peut-être effrayants, mais pas assez pour occasionner chez le sujet des crises semblables à celles qu'il avait déjà eues.

Cauchemars.—Les cauchemars, suites de ces rêves, qui peu à peu deviennent plus terribles, seraient une preuve que le terrain de la névrose, loin de devenir meilleur en même temps que l'enfant grandit, devient au contraire de plus en plus apte à faire fructifier la semence de l'épilepsie, de l'hystérie, que les parents y ont semée. Il ne faudrait pourtant pas croire qu'avant les cauchemars, on rencontre toujours des frayeurs nocturnes chez ceux qui sont de grands névrosés en puissance. Bien souvent même l'enfant dans sa jeunesse n'a pas eu de convulsions pendant le sommeil. Les rêves par exemple précèdent toujours les cauchemars, ils sont d'abord ordinaires, puis peu à peu ils deviennent effrayants et provoquent le réveil en même temps que cette oppression que avons signalée en étudiant le cauchemar.

OBSERVATION II

M^{me} X..., âgée de 25 ans, a des antécédents héréditaires morbides du côté de son père et de sa mère. Le père est mort de la poitrine. La mère, « quoique bien portante, d'après la malade », a parfois des crises d'oppressions nerveuses, elle a eu il y a deux ans une paralysie hystérique du bras droit.

La malade dès son enfance, a été très nerveuse, son sommeil était peu calme, elle avait des convulsions mais non suivies plus tard de frayeurs nocturnes. A l'âge de 6 à 7 ans, pendant la nuit, des insomnies apparaissent et vers 11 à 12 ans débutèrent les cauchemars en même temps qu'une chorée. Cette dernière dura 4 mois et disparut aux premières époques de la malade.

Les cauchemars peu à peu prirent ensuite une grande intensité et la malade qui était venu consulter pour une gastrite nerveuse, s'en plaignait fortement. Il nous a été permis de l'examiner : Nous avons pu remarquer un rétrécissement du champ visuel en haut, des anesthésies pituitaires et conjonctivales, la boule hystérique, et une anesthésie en manchette du bras droit. Interrogée sur les rêves et cauchemars qu'elle a pendant son sommeil, qui est très agité et pendant lequel elle crie, elle nous répondit que ces cauchemars étaient ordinairement produit par la même idée : « Elle fait l'amour avec une autre femme et celle-ci l'étrangle. » La malade, qui est une honnête femme, nous dit que ces cauchemars lui sont venus depuis un cer-

tain jour où en entrant dans un hôtel, se trompant de chambre, elle avait trouvé deux femmes qui, dérangées, s'étaient précipitées sur elle. Les cauchemars prennent particulièrement un caractère plus effrayant et redoublent d'intensité au moment des époques.

Mère d'une petite fille très nerveuse aussi, la grossesse fut très agitée, et ses nuits souvent sans sommeil. La malade n'a pas encore eu de grandes crises malgré cela, mais tout porte à croire qu'un jour un accident quelconque provoquera chez elle le stigmate indiscutable de l'hystérie.

Frayeurs nocturnes, cauchemars, tels sont donc les différents pas qui conduiront la malade à la crise. Des observations de Debaker nous ont montré ces différents stades de l'épilepsie. Cette observation personnelle nous les montre pour l'hystérie.

Ici, cependant, nous devons signaler une différence entre les cauchemars des prédisposés à l'épilepsie et ceux des gens hystériques en puissance. Cette différence n'existe pas en ce qui concerne le cauchemar lui-même, mais dans la suite du cauchemar. Si, en effet, le jeune épileptique a des rêves, des cauchemars, son sommeil est profond : il dort « comme une souche » et après un cauchemar il se rendort immédiatement d'un sommeil aussi lourd que celui précédant le cauchemar. Il en est tout autrement chez le jeune hystérique, le sommeil est très léger chez celui-ci, entrecoupé de réveils brusques, après un cauchemar il a

une insomnie qui dure plus ou moins longtemps. Cette petite différence que nous avons pu remarquer en interrogeant un certain nombre d'hystériques, d'épileptiques, nous la rencontrerons plus tard, et encore plus frappante, chez les hystériques, les épileptiques avérés.

Bien des malades ne s'arrêtent pas là, un autre stade s'ajoute encore à ceux que nous venons d'étudier et c'est ici surtout que nous devons constater une grande différence entre les accidents du sommeil chez ceux qui seront plus tard de vrais épileptiques et les accidents du sommeil de ceux qui deviendront des hystériques à grandes crises.

Somnambulisme. — Nous voulons parler du somnambulisme. Si les grandes crises surviennent le plus souvent après les convulsions, les frayeurs nocturnes, les rêves et les cauchemars, quelquefois cependant ce n'est qu'après quelques actes de somnambulisme que les malades entrent en crises.

OBSERVATION III

Mad. R..., âgée de 31 ans, n'a rien comme hérédité prédisposante, tout au moins au dire de la malade. Classée à la Salpêtrière comme épileptique entachée d'hystérie, dès son

jeune âge elle était sujette aux frayeurs nocturnes, des rêves effrayants troublaient son sommeil, puis les cauchemars à leur tour firent leur apparition. Enfin à l'âge de 8 à 10 ans, occupée par sa mère aux soins du ménage, elle commença à avoir des actes somnambuliques. Se levant pendant la nuit, durant son sommeil, elle faisait dans le ménage ce qu'elle avait coutume de faire pendant la veille, balayait la pièce, rangeait les objets ordinairement dérangés, descendait plusieurs étages pour aller chercher de l'eau dans une cour, brossait ses vêtements, préparait le feu, etc. Les parents la laissaient faire, les accidents se répétèrent pendant plusieurs années jusqu'au moment de sa formation à l'âge de 14 ans. Une frayeur fut alors la cause de la 1^{re} crise et avec elles disparurent les actes de somnambulisme. Pendant tous ces accidents, la malade avait de fréquentes insomnies.

Une autre observation, prise celle-là chez une candidate à l'hystérie, nous montrera encore le somnambulisme chez les névrosés.

OBSERVATION IV

B..., âgée de 25 ans, a comme hérité une mère ayant eu de grandes crises hystériques. Dès son jeune âge, les convulsions et les frayeurs nocturnes ont ouvert

la marche des symptômes de la névrose. Régée à 42 ans, les cauchemars et les actes de somnambulisme ont fait leur apparition sans que la malade eut alors des crises ou des stigmates hystériques : D'une intelligence assez éveillée, la jeune fille faisait des études en vue d'obtenir ses brevets. Pendant la nuit elle se relevait, travaillait, faisait des calculs, elle nous a avoué que tout en dormant elle avait fait des problèmes dont elle n'avait pu trouver la solution à l'état de veille. Plus tard, au moment de passer les examens des brevets, avec l'effort mental et la surexcitation qu'accompagnent le travail de tout examen, les actes de somnambulisme devinrent de plus en plus fréquents. Elle se levait, presque chaque nuit, sortait même de la maison et faisait des espèces de fugues, rentrait se coucher ensuite.

Les examens passés, le sommeil devint un peu plus calme, mais de ennuis de famille ne tardèrent pas à provoquer de grandes crises qu'elle conserve encore aujourd'hui.

Reconnaissons donc pour le moment cette seule chose, c'est que le somnambulisme est précurseur des crises.

Après le somnambulisme, l'étude des accidents du sommeil est complet pour les candidats à l'hystérie ; nous devons cependant noter encore les insomnies déjà fréquentes à ce moment, mais nous en parlerons dans un instant. Avec le somnambulisme s'établit déjà le diagnostic différentiel entre l'hysté-

rique et l'épileptique en puissance : On ne rencontre pas en effet de cas de somnambulisme chez ces derniers. *Le somnanbulisme est le propre de l'hystérique*, à cette névrose appartient directement cette surexcitation extrême qui met en jeu tout l'organisme avec une demi-conscience. Si parfois, en examinant un épileptique, on arrive à trouver le somnambulisme, il est alors nécessaire de rechercher les symptômes ou plutôt les désordres qui accompagnent l'hystérie ; on les trouve généralement.

Si chez les candidats hystériques on rencontre le somnambulisme, il faut aussi constater de nombreuses insomnies, et cela seulement chez ces névrosés ; les néo-épileptiques ne présentent que très peu cet accident. A quel moment survient l'insomnie ? Dès le commencement du repos, le malade s'endort difficilement, la période de sommeil qui précède le sommeil profond est longue à s'établir. Le sujet s'agite sur sa couche, les idées se groupent en masse devant son esprit, il les creuse, fait des projets, se tourne, se retourne, une sorte de crampe l'envahit, il étire avec un certain plaisir ses membres et ce n'est qu'après un temps encore assez long que se présente la période des hallucinations hypnogogiques ; celle-ci, particulièrement courte, fait suite à un sommeil léger. Pendant le sommeil, l'insomnie peut encore survenir après un cauchemar ordinairement.

Le malade qui deviendra épileptique porte déjà

le germe de son affection et son sommeil est caractéristique. Si le somnambulisme ne se présente pas chez lui, il s'endort facilement et d'un sommeil profond. L'insomnie n'existe pas chez lui.

Cette insomnie que nous avons rencontrée chez les néo-hystériques se rencontre aussi chez les gens sains. Cependant, il y a lieu d'établir une différence entre l'insomnie des uns et des autres, surtout au sujet de l'insomnie qui succède à un rêve. Chez le névrosé, la surexcitation nerveuse dure beaucoup plus longtemps ; l'homme sain, après un cauchemar, se réveille, reprend ses esprits, se rend compte de ce qui lui arrive et se rendort facilement. Le jeune névrosé, au contraire, aura de la peine à recommencer son sommeil, il aura une période d'insomnie semblable à cette période qui a précédé sa période d'hallucinations hypnogogiques.

Il est bien vu que nous entendons par « gens sains » ceux chez qui le cauchemar se produit par suite d'une digestion plus ou moins laborieuse, par suite d'une fausse position dans le sommeil. L'insomnie que nous pouvons rencontrer chez ces personnes ne se présente pas comme l'insomnie du dégénéré ; ces causes, nous le redisons, sont différentes, chacun peut le constater, les exemples en sont nombreux et les observations trop connues pour qu'il nous soit nécessaire d'insister.

Variations que subissent les accidents du som-

meil sous l'action des actes physiologiques de la vie.

— Les accidents que nous venons d'examiner pendant le sommeil des épileptiques, des hystériques en puissance, présentent un grand intérêt. Cependant, une question aussi intéressante peut se poser : Quelle action ont sur le sommeil de ces pseudo-malades les actions physiologiques et pathologiques qui peuvent se rencontrer pendant la période de l'existence comprise entre leur plus tendre enfance et le moment où l'on peut les déclarer : hystériques, épileptiques avérés ? Nous entendons par action physiologique : la dentition, le moment de la formation, le mariage, la grossesse, la ménopause ; par action pathologique : les maladies, les interventions chirurgicales, et parmi les maladies, celles qui relèvent du système nerveux particulièrement.

Dentition. — Chacun sait que la dentition provoque chez l'enfant en bonne santé une période de fatigue très intense, se traduisant par une foule de complications et entre autres par une excitation nerveuse plus ou moins grande, déterminant des désordres pathologiques plus ou moins violents, résultats de l'inflammation localisée qui tend à envahir les organes voisins.

Le sommeil de l'enfant est alors troublé, une agitation se montre, et en même temps les convulsions. On concevra facilement l'état dans lequel se trouvera l'enfant névrosé, puisqu'un enfant ordinairement

bien portant et né de parents sains est sérieusement affecté. Les convulsions en effet deviennent encore plus accentuées, ce n'est plus une petite grimace que fait l'enfant entaché par l'hérédité, mais ce sont de vraies convulsions avec contractions énergiques, soubresauts, agitation extrême, cris, plaintes ; les accidents chez ces enfants se portent de préférence du côté du système nerveux, celui-ci étant un lieu de moindre résistance et il n'est pas rare de voir chez ces enfants, à la suite de ces crises pendant le sommeil des accidents de nature parfois hystérique qui dureront plus ou moins longtemps.

Formation et époques menstruelles.—Si la dentition a un effet sur les accidents du sommeil, la formation sera encore plus active dans ses manifestations. On sait que très souvent chez l'enfant, qui à ce moment se transforme complètement, devient homme, le caractère n'est plus le même, et l'organisme lui-même se ressent de cette transformation. La chose est encore plus visible chez la jeune fille que chez le jeune homme et bien souvent avec l'apparition des premières règles, une modification se produit dans l'état nerveux : les rapports entre le système nerveux et les fonctions utérines ne sont plus mises en doute. Le sommeil s'en ressent quant à ses accidents. Nous avons vu dans l'observation III qu'avec l'apparition des règles, les actes de somnambule qui agitaient la malade cessent, et qu'avec elles apparaissent les pre-

nières crises. Chez certaines personnes on constate l'apparition de cauchemars qui durent parfois pendant la durée des époques, se renouvellent périodiquement avec celles-ci : chez d'autres, les insomnies sont plus grandes, on en trouve quelques-unes chez qui, au contraire, la formation semble arrêter le développement des accidents pendant le sommeil, mais le plus souvent nous l'avons vu, dans l'observation III, si les accidents semblent s'arrêter, ils sont souvent suivis par d'autres accidents plus graves. Un fait est certain, c'est qu'avec la formation les jeunes névrosés en puissance voient leurs accidents augmenter et cela, posé en thèse générale. Les règles suivantes ne sont pas sans effet sur le sommeil et ses accidents. Les observations sont trop nombreuses et trop connues pour que nous en rapportions, n'importe quelle femme tant soit peu nerveuse, tant soit peu entachée par l'hérédité hystérique ou épileptique, pourra rapporter ce fait.

Mariage et grossesse. — Le mariage et les premiers rapports sont aussi une source de transformations pour les personnes qui seront plus tard des hystériques, des épileptiques avérés. Leur sommeil est aussi sujet à des variations quant à ses accidents, il semblerait plutôt qu'avec les premiers rapports, le sommeil trouverait un calme inusité, les cauchemars auraient des tendances à disparaître, mais l'organisme même s'accoutumant probablement, les

accidents du sommeil reprendraient dans la suite une sorte de recrudescence, du moins chez certains malades. Il en est de même pour la grossesse qui est toujours un sujet de surexcitation, même pour les personnes saines, à plus forte raison chez les nerveuses.

Ménopause. — Quant aux accidents du sommeil chez les dégénérés arrivant à la ménopause, il faut bien avouer qu'à ce moment ils sont plus souvent à traiter chez les malades en pleine crise que chez ceux qui n'en ont pas encore eues. Nous le verrons, du reste lorsque nous étudierons le sommeil chez les hystériques, chez des épileptiques parfaits.

Variations que subissent les accidents du sommeil sous l'action des accidents pathologiques. — Comme les actes physiologiques, les maladies, les opérations chirurgicales transforment ou modifient chez les jeunes dégénérés les accidents nombreux et variables du sommeil. Ces transformations et ces modifications se font en général dans le sens de l'augmentation.

Les affections morbides font naître des accidents du sommeil déjà par eux-mêmes, à plus forte raison chez les malades présentant déjà des rêves nombreux, des cauchemars effrayants, des insomnies qui ont encore augmenté leur dégénérescence physique, ces accidents vont redoubler d'importance.

C'est un délire constant qui occupera les heures de repos du névrosé, n'ayant pas encore les stigmates fixes de sa névrose, comme nous avons pu l'observer

chez un jeune garçon de 15 ans atteint de pneumonie. Les cauchemars qui jusqu'alors s'étaient montrés pendant son sommeil devinrent encore plus effrayants pendant sa maladie, et furent le début de chute. La pneumonie avait transformé les cauchemars, qui dès lors cessèrent, en attaques épileptiques. Le jeune homme du reste avait déjà un père éthylique et épileptique. Il n'est personne qui n'ait vu dans sa carrière médicale, chez un individu, terrain favorable à l'hystérie, à l'épilepsie, présentant des rêves ou des cauchemars pendant son sommeil, à la suite d'une opération chirurgicale ou d'un traumatisme quelconque, ces rêves devenir cauchemars, ces cauchemars cesser pour laisser la place aux crises. L'hystérie traumatique est trop connue pour pouvoir la nier et nous avons pu constater ces changements chez un individu qui était dans notre service à la Salpêtrière, qui présenta ses premières crises à la suite d'une chute d'un paquet de tuiles sur la tête, crises franchement hystériques s'accompagnant de paraplégie qui cédèrent au traitement.



IV

Du sommeil et de ses accidents chez les épileptiques et les hystériques avérés

Nous avons pu voir que durant leur jeunesse, épileptiques comme hystériques, présentaient à-peu de chose près les mêmes symptômes pendant le sommeil, symptômes se présentant presque toujours sous forme d'accidents du sommeil, suivant une progression qui est ordinairement la même.

Ces symptômes varient avec les périodes de la vie et l'action des accidents physiologiques et morbides. Comment dorment maintenant les épileptiques et les hystériques ?

1° — *Epileptiques.*

Dire d'une façon définitive le moment où apparaissent les premières attaques est très difficile. Celles-ci débutent *généralement* la nuit, avant de se présenter pendant le jour. L'épileptique a donc son

sommeil troublé par des attaques et cela bien souvent sans que les personnes de son entourage s'en aperçoivent : on est en effet habitué à le voir agité pendant la nuit, il ronfle, des cauchemars suivis d'un profond sommeil troublent son repos; aussi, bien souvent, le stertor est-il pris pour un ronflement, les convulsions pour de l'agitation, et c'est ainsi que des épileptiques avérés ont été pris pour des nerveux sans intérêt, se sont mariés croyant, comme on le croit vulgairement, que le mariage fera cesser ces accidents lesquels ne font au contraire qu'augmenter.

C'est chez l'enfant qu'il sera le plus difficile de distinguer la véritable attaque de convulsions bénignes que celui-ci aura pu présenter tout d'abord. Le petit malade a en effet pendant son sommeil les yeux ouverts, il dodeline sa tête sur son oreiller, grince des dents, salive abondamment, puis se rendort. Le lendemain matin on constate qu'il a uriné sous lui. Les parents voient seulement là une chose très naturelle, l'enfant peut avoir mal aux dents, ce sont ses dents qui le font saliver, quant à l'urine sous lui, rien d'extraordinaire tous les enfants urinent sous eux lorsqu'ils sont petits. Une autre fois, le même enfant après avoir eu le même accident pendant son sommeil va présenter des secousses des quatre membres, les yeux seront convulsés, il poussera de petits cris : Tout cela sera l'effet d'un sommeil très agité, l'enfant est très nerveux, disent les parents, et on ne s'aper-

cevra de quelque chose que le jour où la première crise paraîtra pendant le jour.

L'attaque épileptique nocturne, voilà certainement l'accident qui en premier lieu doit être signalé pendant le sommeil de l'épileptique. Le diagnostic de cette attaque chez l'enfant est en effet très difficile, il est bien plus aisé de voir en ces convulsions les troubles habituels du sommeil, que de pressentir la grande névrose. Cependant on peut distinguer avec un peu d'attention des différences entre les accidents ordinaires des névrosés pendant le sommeil et cet accident qui est le propre en quelque sorte de l'épileptique. Après les accès nocturnes l'enfant présente le plus souvent dans le jour une irritabilité insolite ou une obtusion intellectuelle, ou bien ce sont des lourdeurs de tête, un état gastrique défectueux : que les attaques surviennent assez souvent la nuit, ce sera une baisse de l'intelligence. Si l'on a à faire à une grande personne à attaques nocturnes, nous verrons qu'il est plus facile d'établir le diagnostic. En effet, l'incontinence d'urine pendant la nuit, ou l'incontinence des matières fécales, la constatation sur la face d'un pigmenté fin ecchymotique, les morsures de la langue, la courbature, la céphalalgie spéciale à l'épilepsie, les taches de salive sanguinolente sur l'oreiller sont des caractères assez fixes pour nous faire diagnostiquer une attaque nocturne. Il est inutile de parler de l'importance du diagnostic.

Prendre les crises dès le début est très important, une médication appropriée, un régime bien observé peuvent en effet amender pour ainsi dire le terrain.

Là, ne s'arrêteront pas les accidents du sommeil chez les épileptiques avérés, nous verrons, en effet avec les attaques les frayeurs nocturnes, puis celles-ci quelquefois cesser et le plus souvent se transformer en cauchemars. L'épileptique aura un cauchemar, mais son cauchemar le réveillera un instant très court, un sommeil très lourd le continuera et ne sera pas suivi d'une crise d'insomnie. Il nous a été permis d'interroger pas mal d'épileptiques à ce sujet, tous nous ont répondu que les cauchemars étaient assez nombreux pendant le sommeil, cauchemars même persistants : peine, reproduction de scènes effrayantes, etc., mais qu'après chaque cauchemar le sommeil du début reprenait avec une grande intensité.

Les cauchemars à idée fixe que l'on peut rencontrer chez des épileptiques rentrent dans le cadre de l'étude de l'hystérie joint à l'épilepsie. L'idée fixe, en effet, surtout lorsqu'elle devient en quelque sorte habituelle, se rencontre principalement, pour ne pas dire toujours chez l'hystérique, aussi devons-nous, en face d'un épileptique présentant franchement des idées fixes, rechercher l'hystérie.

Ce que nous venons de dire, nous le repèterons

encore plus loin, car il y a des exemples très frappants d'hystérie jointe à l'épilepsie, pour ne pas s'occuper de rechercher chez certains malades si l'une et l'autre maladie ne sont pas concomittantes. Une observation bien connue à la Salpêtrière est celle d'une femme qui présentait le même jour une attaque franchement hystérique et une attaque épileptique avec morsures de langue, urines, etc.

Quoiqu'il en soit, reconnaissons la présence des cauchemars chez les épileptiques, mais en outre il faut remarquer que ceux-là ne sont pas suivis de crises d'insomnie. Grand dormeur avant tout, l'épileptique a-t-il un cauchemar, il se réveillera à peu près, il ne cherchera même pas à calmer ses idées, à se rendre compte de l'innanité de son rêve terrifiant, il se rendormira brusquement aussitôt. C'est un sommeil de plomb qui le saisit. Les cauchemars suivis d'un profond sommeil, nous les avons rencontrés, chez les néo-épileptiques, mais les crises déclarées, ils ne reprennent qu'avec plus de force, et le sommeil lui-même est encore plus profond. L'organisme de l'épileptique semble être aplati par la déchéance nerveuse, et cette excitation cérébrale produisant le cauchemar, paraît encore augmenter cet aplatissement.

A côté des cauchemars nous avons vu que le somnambulisme faisait en quelque sorte une progression, l'épileptique est-il somnambule? Cette grosse

question, qui a une importance au point de vue du diagnostic, est fort étudiée de nos jours : — D'un avis commun, l'épileptique n'est pas somnambule. Des observations d'épileptiques portent cependant des cas de somnambulisme ? — Cela est vrai, mais aussi que l'on examine attentivement les malades dont les observations contiennent des preuves de somnambulisme dans l'Épilepsie, on trouve assez facilement chez ces malades les symptômes peut-être peu marqués, mais toutefois assez évidents de la névrose dont nous nous occuperons tout à l'heure ; ce seront parfois des attaques prises tout d'abord pour des crises épileptiques et qui auront le caractère franchement hystérique, crises qui auront pu passer inaperçues, ce seront encore des signes autres que les attaques, car l'attaque hystérique peut n'avoir pas encore débuté : rétrécissement du champ visuel, anesthésie en manchette, troubles des différents modes de sensibilité, etc. Pour notre compte, nous avons examiné 110 épileptiques et nous n'avons trouvé de somnambulisme que dans 4 cas : les malades étaient en même temps hystériques : l'une avait des crises à forme hystérique mélangées aux crises épileptiques, 2 autres avaient des rétrécissements du champ visuel, le dernier, un homme, était porteur d'une paraplégie de la jambe droite. Nous en arrivons à conclure que l'épileptique n'est pas somnambule. Et, du reste, comment pourrait-on expliquer ces actes, résultat

d'une surexcitation très grande sur un organisme qui ne demande qu'à réagir, chez ces dégénérés au sommeil profond. Cette question, du reste, nous en reparlerons en étudiant le sommeil chez les hystériques.

L'épileptique peut donc avoir des frayeurs nocturnes, des rêves, des cauchemars et le somnambulisme ne se rencontre pas dans son sommeil.

A côté de ces accidents, l'étude du sommeil, l'observation de la façon dont dorment les épileptiques paraissent intéressantes. D'après ce que nous avons pu voir, et suivant les réponses qui nous ont été faites par ces malades : L'épileptique serait un dormeur. On pourrait presque dire suivant l'expression commune : « Il est né fatigué. » En effet, il faut à ce malade un nombre d'heures de sommeil plus considérable et malgré le nombre d'heures de sommeil, celui-ci est toujours profond. Chez eux peu ou pas de période hypnagogique, un sommeil complet, profond, survient presque subitement ; et s'il est interrompu, ce qui est difficile, il reprend avec la même intensité, pour durer jusqu'à la fin avec cette même intensité. On ne rencontre pas chez eux cette période que présente l'homme sain, période pendant laquelle des rêves se présentent, pendant laquelle un rien vous réveille. C'est le sommeil de plomb que troublera un cauchemar, mais qui recommencera avec la même force sans que le malade aie le temps de reprendre en quelque sorte connaissance. L'in-

somnie ne se présente pas ; l'épileptique s'endort facilement, mais il est difficile de le réveiller, il est loin d'avoir le sommeil léger que l'on rencontre dans les autres formes des maladies nerveuses ; le bruit est sans effet, on le conçoit facilement puisque la sensation effrayante, l'angoisse du cauchemar, cette sorte d'oppression que chacun ressent et par laquelle chacun est réveillé, se trouve presque sans action sur le dormeur épileptique.

Que devient l'intensité de ce sommeil, que se passera-t-il du côté des rêves et cauchemars, chez l'épileptique aux diverses phases de son existence ? Ce sommeil de plomb augmentera-t-il ou va-t-il diminuer pour faire place à une excitation plus grande ? et les rêves, les cauchemars suivant une progression inverse avec l'intensité du sommeil vont-ils diminuer pendant que l'intensité du sommeil va augmenter ou au contraire vont-ils augmenter pendant que l'intensité du repos va diminuer ? Ou bien simultanément, rêves, cauchemars, lourdeur du sommeil vont-ils d'un commun accord augmenter ?

Nous avons à ce sujet consulté un grand nombre d'épileptiques, et il faut bien l'avouer, les divergences des réponses nous ont laissé un instant hésitant. Toutefois le résultat de nos recherches nous amène à constater que bien souvent, pour ne pas dire le plus souvent, les accidents pathologiques, physiologiques qui peuvent traverser la vie de l'homme,

amène chez l'épileptique une agitation plus grande pendant le sommeil. En reprenant ces divers accidents comme nous l'avons fait au sujet des candidats à l'épilepsie et à l'hystérie, nous pouvons en général constater les faits suivants chez l'épileptique avéré.

La formation et les époques menstruelles augmentent, le nombre des crises pendant la nuit et le sommeil est très agité, la profondeur semble parfois diminuée, et parfois augmentée, les rêves sont plus fréquents, les cauchemars aussi et la période d'insomnie qui habituellement manque, a une durée assez courte, il est vrai, mais elle existe.

Les premiers rapports ne semblent pas du tout être un sédatif de l'excitation nerveuse chez les épileptiques, les rêves, les cauchemars sont plus nombreux ; le sommeil devient encore plus lourd, les attaques sont plus fréquentes. Le terrain, loin de s'amender, devient encore plus apte à faire fructifier l'épilepsie.

Quant à la ménopause, elle est une source de désordres dans le sommeil de ces dégénérées. Et la malade arrive jusqu'à cette époque, les crises augmentent et le sommeil est facilement troublé.

Disons donc en un mot, que tout ce qui touche la vie génitale de la femme, toutes les périodes critiques de celle-ci, sont un sujet d'excitation nerveuse, excitation qui se caractérise en général chez l'épileptique au point de vue du sommeil par un repos plus

ou moins semé de rêves et de cauchemars encore plus fréquents et plus terribles qu'ordinairement.

Les accidents pathologiques et chirurgicaux semblent aussi avoir une action modificatrice sur l'état des épileptiques, mais cette action est bien moins forte que chez les hystériques comme nous le verrons tout à l'heure. Les observations de ces différentes remarques que nous avons pu faire sont trop connues pour être signalées, mais ce que l'on peut affirmer, c'est que le sommeil de l'épileptique bien que lourd est troublé par des rêves et des cauchemars, que parmi ces rêves et ces cauchemars, il en est qui sont absolument inconscients, cela est sûr ; l'homme sain lui-même a des rêves dont il ne se souvient pas au réveil, mais certains rêves et certains cauchemars laissent parfaitement chez l'épileptique une trace dans l'esprit, nous avons pu le constater assez souvent.



Hystériques

Avec l'épilepsie nous venons de voir se succéder un certain nombre d'accidents pendant le sommeil : frayeurs nocturnes, rêves, cauchemars, attaques pendant la nuit. Il faut donc admettre chez l'épileptique une activité cérébrale plus grande qu'à l'ordinaire, mais en revanche il faut reconnaître que cette activité a des bornes, bornes que va franchir l'activité cérébrale de l'hystérique. Il semble que la surexcitation nerveuse de l'épileptique agit sur un organisme affaibli, qui ne peut pas vibrer sous cette surexcitation, organisme qui céderait à la fatigue que crée chez lui l'activité propre à la dégénérescence des centres eux-mêmes. En effet, pas d'insomnie, pas de somnambulisme, mais un sommeil lourd chez l'épileptique.

Il n'en est pas de même chez l'hystérique, là nous trouvons le summum de l'excitation nerveuse, là nous voyons l'élément, l'organisme humain dompté,

subjugué par l'affection nerveuse, que ce soit à l'état de veille ou pendant le sommeil.

Nous avons déjà pu voir qu'avant de s'être entièrement déclaré l'hystérique présentait des accidents sérieux pendant son sommeil. Ces accidents ne feront qu'augmenter avec le temps et peu à peu, le malade ne sera plus un homme mais une sorte de machine soumise à la direction de son système nerveux dégénéré, mécanicien inconscient, aveugle et presque toujours dérégulé.

A quel moment peuvent survenir les crises hystériques ? Ici, distinguons, avec M. R. Saint-Philippe, l'hystérie à forme larvée et la grande hystérie.

Dès le jeune âge en effet l'enfant peut présenter des stigmates, des crises rappelant ceux de l'hystérie et que M. Chaumier fait rentrer à tort dans le grand cadre de l'hystérie : Ce sont des convulsions véritables, des attaques spasmodiques ; du bégaiement, du mutisme etc. Ces différents symptômes, considérés de nos jours comme des symptômes de fausse hystérie, s'accompagnent pendant la nuit de troubles du sommeil : L'enfant se remue dans son lit, il a des terreurs nocturnes ; pendant la nuit atteint de peurs enfantines que rien ne justifie, phénomène de névrose, il parle, se livre à des actes de véritable somnambulisme. Les hallucinations fréquentes qui se présentent pendant le sommeil sont une cause d'incontinence nocturne d'urine : « Il rêve, selon l'expression de J. L.

Petit, qu'il urine dans un pot de chambre, contre un mur ou en autres lieux ».

Quant à la grande hystérie, c'est aux environs de la puberté qu'on l'a rencontrée surtout : aussi est-elle plus commune chez les jeunes filles que chez les jeunes gens. Les troubles de l'hystérie qui ont été notés chez les candidats à cette affection augmentent encore ou évoluent avec l'apparition des crises, notamment les accidents du sommeil. Une observation parmi une certaine quantité d'autres que nous avons pu recueillir en est une preuve.

OBSERVATION V

Madame V. S., âgé de 37 ans, d'origine suisse. Vient consulter pour des maux de tête périodiques, d'origine paludéen. En l'examinant, nous rencontrons des troubles de sensibilité remarquables : plaques d'anesthésie variant sur la face, les bras, la région scapulaire qui ont fait pour-suivre notre interrogation sur le terrain qui nous occupe :

Comme hérédité elle présente un père éthylique avéré. Elle est l'aînée de 9 enfants. Dans sa jeunesse, elle a eu un ictère, la fièvre typhoïde et le croup.

Dès le jeune âge le sommeil était agité, convulsions, frayeurs nocturnes fréquentes, vers l'âge de 10 ans, rêves et cauchemars, à l'âge de 12 ans, premières règles et avec elles apparition des crises, le sommeil est alors de plus en

plus troublé, les actes de somnambulisme apparaissent, la malade se relève la nuit, va chercher une échelle la place dans la grande cheminée (hotte) qui forme le centre de la ferme suisse, grimpe à l'échelle dans la cheminée, va décrocher des jambons qui y étaient suspendus, comme c'est la coutume dans ces régions, les descend, les enferme dans une armoire et va se recoucher. Une autre fois se lève croit qu'on la poursuit et va se cacher derrière un lit dans une autre chambre, y reste un instant puis retourne dans son lit. Très souvent, la malade se relève pendant la nuit, se met à travailler, coud, range son ménage, mange, puis se recouche. Tout cela naturellement sans qu'elle en ait connaissance.

La malade a eu devant nous une crise que nous avons pu constater : fixant notre épingle de cravate pendant que nous cherchions à nous rendre compte de son rétrécissement du champ visuel, elle est tombée en catalepsie et à son réveil elle a présenté toutes les phases de la grande crise.

Signalons encore la fréquence beaucoup plus grande, ainsi qu'une intensité plus prononcée, des crises, des rêves et du somnambulisme au moment des époques et principalement après les premiers rapports.

Nous signalerons encore à propos de cette malade un autre accident hystérique : pendant le sommeil elle a souvent de l'hypnalgie de la plante des pieds.

A ces gros troubles ne s'arrêtent pas les accidents du sommeil chez les hystériques. Il est à côté de cela une quantité de petits accidents à signaler. Ce n'est

pas toujours par de grandes excitations capables de mettre en mouvement tout l'organisme humain que se caractérise le sommeil de l'hystérique. A vrai dire tous les hystériques ne sont pas somnambules. Mais il est rare de trouver de grands névrosés sans cauchemars et surtout sans rêves, on peut même dire que l'on n'en rencontre pas. Il y a toutefois à noter chez tous les hystériques l'agitation très grande du sommeil, agitation que nous avons déjà rencontrée chez les néo-hystériques. Cette agitation se traduit par des mouvements manquant parfois de coordination, par des soubresauts très vifs, par des paroles se suivant et présentant le caractère soit d'un monologue ou d'une scène à laquelle le malade a assisté, scène gravée fortement dans son esprit et souvent contenant la pensée, l'idée initiale qui a été le mobile de la première crise et de celles qui ont suivi

Nous avons pu à ce sujet constater pendant le sommeil d'une hystérique à grandes crises un dialogue entre elle et une autre femme dont elle était jalouse, dialogue dont elle tenait une partie; la jalousie de cette malade avait été le mobile de la première crise.

Il va s'en dire que toutes les paroles prononcées pendant ce sommeil étaient la reproduction d'idées, de pensées qui traversaient sous forme de rêves l'esprit de l'hystérique.

Non seulement le malade parle, mais il agit

encore. Ce sont des gestes, il se dresse sur son lit ; quelquefois ce n'est qu'une pantomime : c'est bien là le commencement du somnambulisme à vrai dire.

Tous ces troubles évidents, qui se rencontrent chez tous les hystériques, et qui font de leur sommeil un état non de repos mais souvent de fatigues, nous servent d'éléments de diagnostic avec l'épilepsie. Il en est de même des insomnies. Nous ne reviendrons pas sur cette question que nous avons déjà étudiée chez les épileptiques et qui se résume en ceci :

Insomnie prolongée au commencement du repos.
Insomnie après le cauchemar chez l'hystérique. Pas ou peu d'insomnie chez l'épileptique.

Le sommeil des hystériques ne présente pas une agitation égale à toutes les époques, nous avons déjà pu voir que l'épileptique avait des périodes de la vie où les accidents, la force de son sommeil variaient. Nous avons aussi constaté que néo-hysthériques comme épileptiques en puissance avaient des variations dans les accidents de leur sommeil à certains moments de leur existence, après certains actes.

Il en est de même chez l'hystérique. Beaucoup plus encore que chez l'épileptique, son sommeil sera troublé au moment de la formation. Nous avons vu au commencement de ce chapitre que bien souvent les premières crises se développaient au moment des premières règles chez la femme, et avec ces crises nous constatons parfois un changement toujours dans

la progression ascendante de l'excitation pendant le sommeil : Les cauchemars succèdent au rêve, sur ceux-là se greffent les actes de somambulisme, une plus grande agitation se fait sentir pendant le sommeil, agitation qui n'est que l'image de l'état de la veille.

Le mariage n'a pas toujours des résultats plus heureux que les règles, la ménopause agit à peu près de la même façon :

On peut toujours noter au moment de ces transformations un état de surexcitation plus accentué pendant le sommeil.

Nous avons sous les yeux, en ce moment, un certain nombre d'observations le témoignant ; celles-ci sont trop connues pour que nous ayons besoin de les reproduire dans cette étude.

Les maladies, les opérations, la grossesse modifient aussi l'état du sommeil des névrosés. Une opération peut être le mobile d'apparition de troubles hystériques.

OBSERVATION VI

M^{me} M... C..., âgée de 25 ans, mécanicienne, a comme hérité un père nerveux ayant des crises. Dès son enfance, elle présente des troubles nerveux importants :

convulsions, frayeurs nocturnes (principalement les araignées sont les sujets de son effroi). Réglée à 14 ans, les rêves et cauchemars qu'elle a présentés jusqu'alors sont accompagnés d'actes de somnambulisme qui cessent au bout d'un an, pour reprendre au moment de son mariage, à 16 ans, et disparaître quelques mois après, laissant toujours les rêves, les cauchemars tourmenter le sommeil de la malade.

Elle a une grossesse après 2 ans de mariage, et au début apparaissent quelques crises légères qui cessent bientôt, l'accouchement se fit sans que les cauchemars et les crises reparussent.

Enfin, à l'âge de 22 ans, elle est opérée d'un kyste hydatique du foie, et depuis ce temps, la malade a des crises fréquentes qui revinrent avec les cauchemars aussitôt après l'opération.

L'examen de la malade nous a permis de constater un rétrécissement du champ visuel en haut, une anesthésie de l'avant-bras gauche, de la membrane pituitaire et de la voûte palatine.

En ce moment, le sommeil de la malade est très agité, les rêves, les cauchemars, quelquefois des actes de somnambulisme se montrent, et les époques ne font que redoubler chez elle les accidents du sommeil.

Cette observation renferme en elle-même l'étude type du sommeil et de ses variations et de ses accidents, en même temps que l'effet produit sur le sommeil par les différents actes soit physiologiques, soit pathologiques, auquel l'organisme humain est soumis, et cela chez l'hystérique même.

Appendice

De l'Hypnalgie

Pour terminer cette courte étude du sommeil qui a surtout pour but d'étudier la façon dont les nerveux dorment, il nous semble bon d'ajouter ces quelques pages sur une affection qui se rencontre principalement chez les névropathes et qu'a présentée M. le professeur Oppenheim. Cette affection, *l'hypnalgie* est caractérisée par des douleurs qui saisissent le malade pendant le sommeil, qui se produisent pendant le temps du repos pour cesser dès le réveil.

Ce sont ordinairement les femmes qui semblent surtout présenter le plus ces douleurs du sommeil, nous n'avons pu trouver du reste que des observations se rapportant à celles-ci. Tandis qu'à l'état de veille les « hypnalgiques » n'éprouvent aucune douleur, à peine sont-elles endormies qu'elles sont réveillées par des douleurs violentes, localisées tantôt derrière le sternum, tantôt au niveau de l'occiput,

tantôt au niveau des reins, tantôt à la plante des pieds. Avec le réveil les douleurs disparaissent pour reparaître aussitôt que ces malades se rendorment.

C'est là probablement un état pathologique du système nerveux sympathique, dont les manifestations passent inaperçues pendant la veille. Ces douleurs semblent tenir parfois à une modification de l'innervation générale. M. Oppenheim en a observé deux cas :

« Le premier cas est celui d'une femme ordinairement bien portante chez laquelle, à la suite d'une pneumonie influenzzique, se développe l'état suivant :

Pendant la journée elle se sentait tout-à-fait bien portante, mais lorsqu'elle s'endormait elle se réveillait avec des palpitations, un pouls accéléré et irrégulier et une tendance à l'arrêt du cœur et de la respiration. Cet état s'était reproduit pendant plusieurs nuits de suite, de sorte que pour ne pas s'endormir elle était obligée de causer ou de marcher, etc. Cet état dura une quinzaine de jours et se dissipa sous l'influence de la médication bromurée instituée dès le début.

Le second cas se rapporte à une femme qui, à la suite d'un grand chagrin, présenta un état plus compliqué encore, qu'on a pu étudier en détail.

La malade se mettait au lit dans un état de tranquillité complète sans présenter la moindre excitation. Au bout d'une demi-heure elle se réveillait en

se serrant le cou et en présentant une raideur des muscles du cou, de la nuque et du tronc. Elle paraissait avoir perdu toute connaissance, ne réagissait pas aux piqûres ni ne répondait aux questions et essayait à chaque instant de se lever. La respiration était à ce moment irrégulière et profonde, la face pâle et couverte de sueur. Cet accès durait quelques minutes, puis la malade se réveillait. Si elle se rendormait la même scène se reproduisait.

Dans l'idée qu'il pouvait s'agir d'accès hystériques ou épileptiques, on a essayé tout d'abord la suggestion qui ne donna aucun résultat. Par contre le bromure de potassium à hautes doses amena au bout de la semaine la disparition des accès ».

Dans le même ordre d'idée, pendant le sommeil les malades peuvent être réveillées par certains accidents autres que les douleurs disparaissant aussitôt le réveil : C'est ainsi que M. Schäfer a observé deux cas dans lesquels les malades pendant le sommeil perdaient le sens musculaire (position des membres) ce qui les réveillait régulièrement plusieurs fois par nuit.

Il vient de nous être donné de rencontrer deux cas se rapprochant des cas signalés par Oppenheim.

Les cas d'hypnalgie sont relativement rares, néanmoins nous avons tenu à les citer car ils sont à connaître dans l'étude du sommeil, particulièrement du sommeil des névrosés.

OBSERVATION VII

1° C'est une jeune femme, M. D..., âgée de 29 ans présentant du côté paternel une hérédité nerveuse. Ses premières années n'ont rien présenté de bien particulier, si ce n'est qu'elle se trouvait constamment dans un état de surexcitation très grande; elle nous signale à la suite d'une frayeur, une sorte de contracture qui la força à rester comme courbée en deux pendant 15 jours, contracture qui cessa «subitement» sous l'action d'un vésicatoire!! A la suite d'un accouchement, il y a deux mois, elle présente le phénomène suivant : Aussitôt endormie, elle ressent une sensation de chaleur parfois même assez aigüe pour revêtir le caractère d'une brûlure, sensation qui coure le long de la colonne vertébrale et lui saisit la nuque. Le réveil fait cesser immédiatement toute douleur, et cette douleur est assez forte pour amener le réveil.

Depuis 15 jours, la malade n'ose pas dormir, tourmentée par cette idée de souffrance pendant le sommeil. Examinée, elle présente un rétrécissement du champ visuel, une diminution marquée de la sensibilité pharyngienne, conjonctivale, pituitaire.

Elle vint consulter un de nos amis se plaignant des insomnies volontaires et des douleurs qui en étaient la cause. Soumise en quelque sorte à la suggestion par le médecin en même temps que mise au traitement bromuré, dès le premier soir elle dort très bien sans ressentir la moindre douleur.

2° La deuxième malade est celle dont il est question à l'observation V, qui présente de l'hypnalgie des pieds,



Conclusions

1. On peut définir le sommeil : l'abolition de la coordination normale des fonctions de relation des fonctions de l'état de veille.

Le sommeil est impérieux dans certains cas, l'homme suivant son âge doit dormir un certain nombre d'heures, ce nombre d'heures varie aussi avec les fatigues que l'on a à supporter.

2. Le sommeil s'établit peu à peu, les sens se perdent suivant un certain ordre et les hallucinations hypnagogiques surviennent. Celles-ci sont suivies du repos complet auquel succède un sommeil plus faible qui arrive périodiquement au réveil.

3. Pendant le sommeil nos fonctions se reposent, se régularisent. Le sommeil serait dû à une anémie cérébrale, et à une solution de contiguité des neurones d'après M. Pupin.

4. Le sommeil présente des accidents : α Le rêve : réminiscence d'images jadis perçues qui viennent frapper l'imagination pendant le sommeil. Les rêves dépendent de l'état de l'organisme assez souvent, ils

sont des mobiles de réflexes et durent un temps que nous exagérons.

5. β. Le cauchemar est un rêve terrifiant qui nous réveille ; il est chez l'homme sain l'indication d'un état défectueux, tout au moins passager de l'organisme.

6. γ. Le somnambulisme est l'état dans lequel se trouvent certaines personnes pendant le sommeil : Elles agissent sans s'en souvenir au réveil. Le somnambule voit ce que son idée lui fait voir. C'est un cachet du nervosisme, particulièrement de l'hystérie.

7. Souvent le sommeil ne nous vient que difficilement, ou bien nous nous réveillons pour nous rendormir avec peine : nous avons des insomnies. L'insomnie est produite par les excitations de toutes sortes (boissons, excitations cérébrales, infections microbiennes, masturbation, idées fixes).

8. Les candidats à l'épilepsie comme à l'hystérie ont pendant le sommeil des frayeurs nocturnes, des rêves, des cauchemars.

9. Les candidats à l'hystérie ont des actes de somnambulisme, des insomnies qui se rencontrent après les cauchemars.

10. Les néo-hystériques ont le sommeil léger, les néo-épileptiques ont le sommeil lourd

Les diverses maladies, les accidents physiologiques de la vie font voir les accidents du sommeil chez les prédisposés aux névroses,

12. Les épileptiques, en général, ont des attaques fort jeunes qu'il ne faut pas confondre avec des frayeurs nocturnes. Les rêves et les cauchemars se montrent chez eux, mais ces derniers ne sont pas suivis d'insomnie pas plus qu'ils ne l'étaient avant l'apparition des crises.

13. Ce qui caractérise surtout le sommeil de l'épileptique c'est sa force, sa ténacité, sa longueur. Il semble que l'épileptique soit né « fatigué ».

14. On ne rencontre pas de somnambulisme chez l'épileptique, si un épileptique présente des cas de somnambulisme, il faut rechercher chez lui l'hystérie.

15. Les variations produites chez les épileptiques par les accidents physiologiques ou pathologiques de la vie, sont celles que l'on a rencontrées chez les néo-épileptiques avec plus d'intensité par exemple.

16. L'hystérie se montre dès le jeune âge sous une forme larvée accompagnée de troubles du sommeil (peur, incontinence d'urine, etc.).

La grande hystérie ne se présente guère qu'avec la formation, aussi apparait-elle surtout chez la femme. Les troubles du sommeil sont considérables : Excitation persistante, insomnies, rêves, cauchemars, somnambulisme.

17. Ces troubles que l'on a déjà rencontrés avec une certaine force chez les jeunes hystériques ne font qu'augmenter ou varier.

18. Cette augmentation se voit surtout au moment des changements physiologiques ou pathologiques.

19. Les névrosés sont encore soumis à une affection : L'hypnalgie, douleur ne se faisant sentir que pendant le sommeil pour cesser au réveil.

Vu :

Le Président de la Thèse,

A. JOFFROY.

Vu : Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.



Bibliographie

Barbier. — De l'insomnie (Lyon Médical, 21 janvier 1877).

Villemin. — De l'insomnie (Archives générales de Médecine).

Mathias Duval. — Du Sommeil (Dict. de Médecine et de Chirurgie).

Delbœuf. — Le Sommeil et les Rêves (Revue philosophique, 1879).

Marraud. — Le Sommeil et l'Insomnie (Etude physiologique, clinique et thérapeutique, travail couronné par l'Académie de Médecine. Paris, 1881).

Moizard. — Terreurs nocturnes (Traité des maladies de l'enfance, Comby-Marfan, Paris, 1898).

Viault et Jolyet. — Traité de physiologie.

Debaker. — Terreurs nocturnes (Thèse, 1881).

Openheim. — Hypnalgie (Gaz. hebd. de Médecine et de Chirurgie).

E. Yung. — Le Sommeil normal et le Sommeil pathologique, 1883.

Preyer. — Les causes du sommeil, in Revue scientifique, t. XIX.

Serge Sergueyeff. — Physiologie générale du sommeil. Genève, 1877, br. in-8.

Bourneville. — (Progrès Médical). Observation d'hystéro-épilepsie chez les jeunes garçons, 1884, 1883, 1883.

Saint-Philippe. — (Th. des maladies de l'enfance). Hystérie, 1898.

Chastin. — (Th. des maladies de l'enfance). Epilepsie, 1898.

Gilles de la Tourette. — Etude clinique et thérapeutique de l'hystérie, 1891.

Manaceine. — Le surmenage mental dans la civilisation moderne. Effets, causes, remèdes, 1890.

Sollier. — Genèse et nature de l'hystérie.

Delbœuf. — Le sommeil et les rêves. Revue philosophique, 1879.

Maurz. — Le sommeil et les rêves, 1861.

Ch. Richet. — Du somnambulisme provoqué (3. de l'anatomie et de la physiologie, de Ch. Robin, IX. 1, 1875).

A. Voisin. — Leçon clinique sur les maladies mentales.

J. Voisin. — L'épilepsie, 1897.

Ballet. — Leçons de cliniques médicales, psychoses et affections nerveuses.